

Evaluación de las Capacitaciones de STARS

Título de la Capacitación _____ Fecha de Hoy _____

Nombre del Maestro(a) _____ Su nombre (opcional) _____ Años de Experiencia _____

Tipo del Programa en el que trabaja: Un centro _____ Un programa para niños en edad escolar _____
Un hogar con licencia _____ Otro _____

Por favor evalúe lo siguiente: 4 =totalmente de acuerdo 3 =de acuerdo 2 =en desacuerdo 1 =totalmente en desacuerdo

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. El maestro(a) tiene conocimiento del tema | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. El contenido de la capacitación que recibí fue igual a lo indicado en la descripción de la capacitación | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. El contenido y los métodos de enseñanza usados en la capacitación fueron presentados de una forma que respeto mi manera de aprender y mi cultura | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. Podré aplicar lo que aprendí en mi trabajo con la las diversas familias a las que sirvo | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. He aumentado mis conocimientos como resultado de haber tomado esta capacitación | 4 | 3 | 2 | 1 |

**Si marco 1 (totalmente en desacuerdo) o 2 (en desacuerdo), por favor explique.*

Por favor, indique algunas de las maneras en que usted usará esta información en su trabajo con los niños y/o sus familias.

Por favor, indique algunas maneras en las que usted piensa que se podría mejorar esta capacitación.

¿En qué tema(s) le interesa tomar capacitaciones en el futuro? (Marque todos los que le interesen)

Administración Crecimiento, Desarrollo y Aprendizaje Orientación del Niño Comunicación
Diversidad Cultural e Individual Desarrollo del Currículo Diseño del Ambiente Sistema Familiar
Salud, Seguridad y Nutrición Observación y Evaluación Profesionalismo

¿Qué más le gustaría decirle al maestro(a)?

Gracias por completar esta evaluación. Deje esta evaluación con el maestro.